

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

304

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice BONNARD

Interne des Hôpitaux.

LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

SANS SIGNES CLINIQUES ŒSOPHAGIENS

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice BONNARD

Interne des Hôpitaux.

LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

SANS SIGNES CLINIQUES ŒSOPHAGIENS



PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

PROFESSEURS :

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
BROCA (ANDRÉ).
DESGREZ
B^SANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBÉ.
RENON
LECENE
LETULLE
PRENANT
POUCHET
CARNOT
BERNARD
BALTHAZARD
MÉNÉTRIÉR
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBÉCOURT
DUPRÉ
JEANSELME
P. MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU.
J.-L. FAURE
BROCA (AUGUSTE).
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
— thérapeutique chirurgicale.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOUIN
BLANCHETIÈRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

MM.

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBÉ (HENRI)
LAIGNEL-LAVAS-
TINE

MM.

LANGLOIS
LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC

MM.

PHILIBERT
RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSE
ROUVIERE
SCHWARTZ
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

504

AUX MIENS

108



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RÉNON

Professeur de Pathologie interne.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Docteur DEMOULIN (*in memoria*).

M. le Professeur agrégé LEGRY.

M. le Professeur CHAUFFARD.

EXTERNAT

M. le Professeur DELBET, 1910-1911.

M. le Docteur BÉCLÈRE.

M. le Docteur DECLoux (*in memoriam*), 1911-1912.

INTERNAT PROVISOIRE

M. le Docteur LAPOINTE, 1912-1913.

M. le Docteur RICHARDIÈRE, 1913-1914.

INTERNAT

M. le Professeur agrégé RATHERY, 1819-1919.

M. le Docteur BROUARDEL, 1919-1920.

M. le Docteur CETTINGER, 1920-1921.

INTRODUCTION HISTORIQUE

Tous les auteurs classiques insistent sur la fréquence du cancer de l'œsophage et pour ne citer qu'un exemple, MATHIEU et DEBROVICI ont pu rapporter que, du 1^{er} janvier 1900 au 1^{er} mars 1906, sur 3.850 malades examinés, 53 étaient atteints de cancer de l'œsophage et 123 de cancer de l'estomac.

Le diagnostic du cancer de l'œsophage est ordinairement facile.

Le plus souvent, ce sont les troubles de la déglutition qui ont attiré l'attention et fait porter le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage, presque toujours dû, en dehors d'antécédents particuliers (absorption de liquide caustique, corps étrangers) au cancer, surtout chez l'homme. D'ailleurs, la radioscopie permet habituellement de constater l'existence du rétrécissement que l'œsophagoscopie affirmera et dont elle précisera la nature.

Le cancer de l'œsophage, avec sa dysphagie, son amaigrissement, son mode d'évolution, possède donc une séméiologie assez particulière pour être reconnu sans difficulté. Mais, à côté de ce tableau classique, existent des cas où les symptômes habituels font défaut. Le diagnostic est longtemps incertain.

L'existence des formes frustes est de notion ancienne et les

seuls moyens d'investigation clinique avaient montré leur fréquence. En dehors des travaux classiques de G. MARCHAND, des thèses de LEVOYER, de MUNIER, GIRODE avait pu décrire un cancer latent jusqu'à la fistule trachéo-œsophagienne. GUGENHEIM a cité des troubles récurrentiels précédant la dysphagie et d'interprétation difficile jusqu'à ce moment. GAUCHER et POTEL ont vu des troubles respiratoires, cornage et suffocation, égarer le diagnostic jusqu'à l'apparition de la dysphagie. Ces cas de cancer de l'œsophage,, sans signes cliniques œsophagiens, existent donc plus souvent qu'il n'est classique de le dire.

Après avoir rappelé brièvement les symptômes œsophagiens qui nous semblent les plus caractéristiques dans la forme classique habituelle, nous étudierons les formes frustes sans signes œsophagiens. Nous chercherons enfin quelles peuvent être les raisons de ce mode clinique spécial du cancer de l'œsophage.

- - - - -

CLINIQUE

Le type classique du cancer de l'œsophage présente une séméiologie qui, pour n'être pas très riche, est cependant assez caractéristique. Trois symptômes la définissent : la dysphagie, les douleurs, l'amaigrissement, et leur réunion, surtout chez un homme de 30 à 60 ans, fait immédiatement penser au cancer de l'œsophage.

Nous rappellerons brièvement leurs caractères.

Dysphagie. — Tantôt lentement, tantôt brusquement, au milieu d'un repas par exemple, le malade éprouve de la difficulté à avaler, surtout les aliments solides. C'est une sensation de gêne, d'arrêt, siégeant en arrière du sternum. Plus rarement, ce sont de vraies douleurs, avec ou sans irradiations entre les omoplates ou vers l'épaule gauche. Le plus souvent, continue et progressive, la dysphagie force le malade à mastiquer lentement, avec soin. Puis, une alimentation demi-solide est seule possible. A la fin, les liquides eux-mêmes sont arrêtés et l'inanition menace le malade.

Les régurgitations alimentaires sont fréquentes. Surve-mêmes sont arrêtés et l'inanition menace le malade.

ment 2 ou 3 heures après, elles s'accompagnent souvent de régurgitations salivaires. Parfois, on note une sialorrhée abondante.

Phénomènes douloureux. — En dehors des crises de dysphagie, il existe inconstamment des sensations d'endolorissement profond, paroxystiques, dont les malades définissent assez mal le caractère. Des irradiations dorsales les accompagnent le plus souvent.

Amaigrissement. — Plus ou moins rapide, il semble lié au degré de la dysphagie plus qu'à l'intoxication cancéreuse, ce qui explique la conservation de l'appétit et l'absence de teinte jaune paille, au moins pendant un certain temps.

Parfois, se produisent des hémorragies qui se traduisent soit uniquement par du méelœna, soit par des hématomèses.

Signes physiques. — En dehors de l'amaigrissement, l'examen ne montre ordinairement que peu de choses. La constatation d'une tumeur est très rare. Plus souvent, on peut rencontrer une adénopathie secondaire, cervicale. Les autres symptômes décrits, odeur spéciale de l'haleine, auscultation de l'œsophage sont des signes inconstants et incertains.

Les véritables signes physiques sont fournis par la radioscopie et l'œsophagoscopie.

Telle est la symptomatologie purement œsophagienne du cancer de l'œsophage, symptomatologie dominée par la dysphagie.

Mais, au cours de la maladie, la tumeur ou les ganglions vont pouvoir irriter, comprimer, ou envahir les organes voisins. A la séméiologie œsophagienne, s'ajouteront des symptômes de lésions médiastinales, dont le nombre ou l'association pourront créer de nombreuses formes cliniques.

Or, dans certains cas, l'importance et la date d'apparition de ces deux ordres de symptômes sont inversés; les symptômes œsophagiens sont à peine marqués et n'apparaissent que

tardivement ou même font complètement défaut. Ces cas, d'interprétation très difficile, constituent les formes latentes méconnues du cancer de l'œsophage que nous nous proposons d'étudier.

En résumé, à la forme classique, à symptomatologie avant tout dysphagique, s'opposent les formes anormales à symptomatologie exclusivement extra-œsophagienne, et le demeurant parfois jusqu'à la fin. Parmi ces formes, nous insisterons surtout sur les plus fréquentes, c'est-à-dire les pulmonaires, très souvent observées et, à côté d'elles, nous rangerons des formes laryngées et cachectiques.

FORMES PLEURO-PULMONAIRES

Il est rare, qu'à un moment donné de son évolution, le cancer de l'œsophage ne s'accompagne pas de troubles pulmonaires. Dans la forme classique, la dysphagie, les régurgitations par les fausses routes alimentaires qu'elles provoquent, créent facilement, sur le malade affaibli, une infection pulmonaire. Mais, à côté de ces broncho-pneumonies de déglutition, simple complication, des symptômes pulmonaires divers sont, dans certains cas, la seule manifestation clinique, la symptomatologie œsophagienne faisant totalement défaut. Ces manifestations sont d'ailleurs assez variables et peuvent simuler plusieurs affections pulmonaires, comme le montrent les observations suivantes.

OBSERVATION I

(Personnelle)

B..., 62 ans, journalier, entre dans le service du D^r ÆTTINGER, le 7 janvier 1921 pour de la dyspnée, de la toux et de l'amaigrissement.

Au mois de juillet dernier, le malade eut un refroidissement à la suite duquel il conserva une lassitude générale accompagnée de fièvre et de malaises. Il continua son travail pendant deux mois et dut s'arrêter à cause de l'augmentation de sa dyspnée et de sa toux.

Au mois de novembre, dyspnée et toux devinrent plus pénibles encore et en même temps apparurent une expectoration formée de crachats épais, verdâtres, amères et des sueurs nocturnes. En même temps, la fièvre devint plus vive.

L'appétit a toujours été conservé. Mais on note quelques digestions difficiles (vomissement après les repas) et surtout un amaigrissement considérable (perte de 27 kilogs).

A son entrée, on trouve un malade amaigri, au faciès un peu cyanotique, sans œdème des membres inférieurs, sans teinte subictérique.

A l'examen du thorax, on note une voussure générale, mais plus marquée à gauche.

Poumon gauche. — En avant: — On ne sent pas la pointe du cœur et les vibrations sont abolies. La sonorité est exagérée et la matité cardiaque a disparu. L'auscultation montre l'abolition complète de la respiration et l'absence de bruits surajoutés.

En arrière: — On note de l'abolition des vibrations, de la submatité à la base et une diminution très considérable du murmure respiratoire, sauf dans la région hilaire et sous-hilaire où la respiration s'entend un peu mieux. Pas de succussion hippocratique, pas de résonnance amphorique de la toux ni de la voix, pas de signe d'airain.

Poumon droit. — En avant. — Sonorité un peu exagérée. Respiration normale, peut-être un peu augmentée.

En arrière. — Sonorité et respiration normales.

Urines normales. Température oscillant autour de 38.

En résumé, on constate les symptômes d'un hydro-pneumo-thorax, sans que, dans l'histoire du malade, on puisse trouver un symptôme en indiquant le début.

Le 14, la température commence à présenter de grandes oscillations.

On n'en trouve pas l'explication par l'examen des différents appareils et on pense à une transformation purulente de l'épanchement. La ponction exploratrice ramène un liquide clair, légè-

rement opalescent, sans microbes. Poynucléaires intacts et éosinophiles très abondants.

Ces qualités du liquide font penser à une poussée de bacillose, en rapport avec les lésions pulmonaires. Mais la recherche des bacilles de Koch est négative et les signes d'auscultation sont muets.

Le 3 février, on constate que la matité remonte presque jusqu'en haut en avant et en arrière, bien que l'espace de Traube reste sonore. Les signes de pneumothorax sont localisés au sommet sous la clavicule; toux et voix amphoriques, souffle amphorique.

Le 17 février, le malade a maigri, mais l'état général reste assez bon. Le liquide n'augmente pas et les signes de pneumothorax diminuent. La température baisse.

Le 7 mars, la température présente depuis une quinzaine à nouveau de grandes oscillations. La dyspnée a augmenté et on note une recrudescence de l'expectoration muco-purulente. L'auscultation fait constater en avant et en arrière, surtout à la partie moyenne, de nombreux sous-crépitaunts et quelques frottements.

Pour la première fois, le malade présente de la dysphagie. Dès qu'il avale une gorgée de lait, il est pris d'un accès de toux et rejette aussitôt le liquide. En même temps, la voix prend un caractère rauque et bientôt le malade devient presque aphone.

Bientôt, la déglutition des liquides devient complètement impossible, la cachexie s'accroît, la dyspnée augmente, marchant de pair avec l'apparition d'un gros souffle à la partie moyenne du poumon droit. La température baisse, le pouls s'accroît et le malade succombe le 19 mars.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, s'échappe de la cavité pleurale gauche 500 centimètres cubes de liquide environ.

Enlèvement en bloc des viscères thoraciques. En cherchant à les séparer, on constate que l'œsophage et la trachée sont compris dans un gros bloc formé par une masse blanchâtre et unissant intimement les deux organes. Autour de la masse prin-

cipale, on trouve de nombreux ganglions, surtout abondants dans l'écartement des deux bronches. Ils sont hypertrophiés et durs.

L'œsophage présente sur sa face antérieure une tumeur qui infiltre sa paroi sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ.

On ouvre l'œsophage sur sa face postérieure, et on constate une perforation dans le tissu qui infiltre la paroi. Cette perforation fait communiquer l'œsophage avec la bronche droite.

A la coupe. — Les bronches et les poumons ressemblent à une éponge remplie de pus.

On ne trouve pas de métastase dans les autres organes.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux alvéolaire. Les ganglions sont envahis.

Par cette observation, on peut se rendre compte quelle difficulté offrit pendant longtemps le diagnostic de cancer de l'œsophage. Au début, en présence d'un malade présentant à la fois une histoire pulmonaire, de l'amaigrissement, des symptômes d'hydropneumothorax, on pensait à une tuberculose ayant déterminé à bas bruit un pneumothorax masquant les lésions sous-jacentes. Plus tard, la température s'élevant, on pensa à la transformation purulente de l'épanchement, puis, en raison des qualités du liquide, à une poussée évolutive de tuberculose. L'absence de bacilles de Koch et de signes d'auscultation firent rejeter le diagnostic.

L'état général du malade interdisant un examen radioscopique, ce furent la dysphagie et les symptômes de broncho-pneumonie qui permirent de faire le diagnostic.

A l'autopsie, on ne put trouver la brèche pleurale. Mais l'absence de toute lésion tuberculeuse pulmonaire donne plus d'intérêt aux qualités du liquide de ponction, ne contenant ni sang ni cellules cancéreuses.

OBSERVATION II

(CADE et REVOL, *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1903, p. 456.)

R..., 53 ans, entre dans le service du professeur BONDET pendant les vacances. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Sa femme est morte de tuberculose pulmonaire et il a une fille également tuberculeuse.

L'an dernier, il a craché du sang et, plus récemment encore, il a eu une nouvelle hémoptysie.

A son entrée dans le service, le malade est profondément amaigri, cachectique, sans teint jaune paille, sans œdèmes. Il a de fréquentes quintes de toux qui sont suivies d'une expectoration mousseuse, abondante avec quelques gros points blancs solides, quelques crachats sont striés de sang.

L'auscultation des poumons révèle une respiration nettement emphysemateuse. Au sommet droit, en avant, submatité avec respiration très rude. En arrière, submatité dans la fosse sous-épineuse, vibrations augmentées, respiration rude, sans bruits anormaux. Le cœur ne présente rien de particulier.

Pendant son séjour dans le service, le malade se plaint une ou deux fois d'avoir de la peine pour avaler. Il localise sa dysphagie dans la région pharyngée. L'examen direct montre un peu de muguet sur le pilier antérieur et on pense à quelque chose de banal.

La dyspnée que le malade présente devient de plus en plus marquée pendant les derniers jours. Il a de terribles accès avec orthopnée. Il se cachectise de plus en plus et meurt le 5 octobre.

A l'autopsie, on constate l'absence de liquide dans les plèvres et le péricarde. Quelques adhérences pleurales au sommet droit.

L'œsophage à sa partie moyenne présente un cancer, faisant le tour du conduit sur 5 ou 6 centimètres, blanchâtre, friable. La trachée adhère à l'œsophage. En l'ouvrant par sa face anté-

rieure, on voit au-dessus de l'éperon une masse bourgeonnante faisant saillie dans le conduit trachéal et se prolongeant dans la bronche gauche.

La paroi inter-trachéo-œsophagienne est percée.

Le poumon gauche est très emphysémateux.

Le poumon droit est très emphysémateux au sommet, sans lésions tuberculeuses. Le lobe inférieur présente des lésions de pneumonie terminale avec un peu de pus dans les bronches.

OBSERVATION III

(PRICE, *Lancet*, 1906, p. 1826.)

Homme de 55 ans, admis à l'hôpital pour toux, essoufflement, douleurs articulaires. Le malade tousse tous les hivers depuis cinq ans. L'année de l'admission, la toux a été plus précoce, puisqu'elle a débuté en juin. Pas d'hémoptysie, mais amaigrissement considérable.

Alité depuis juillet pour pneumonie et douleurs articulaires.

Toux fréquente, émetisante quelquefois.

A l'admission, le malade est très affaibli. Œdème malléolaire, température élevée, expectoration abondante muqueuse ou muco-purulente, dyspnée. On note de la déformation hippocratique des doigts, des douleurs articulaires dans la jambe gauche, les genoux et les hanches avec contracture de défense.

Urines normales. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Amélioration temporaire.

Trois semaines après l'entrée, la température s'élève de nouveau. Le malade est rouge, faible, très dyspnéique. La toux est fréquente, mais sans rapport avec l'alimentation ou les mouvements.

A la base droite, on constate de l'obscurité respiratoire, sans déplacement des organes. La ponction exploratrice ramène un liquide rouge contenant des globules rouges, des leucocytes, des cellules épithéliales dégénérées.

Affaiblissement progressif.

Le liquide augmente et une ponction évacuatrice ramène un liquide clair contenant de rares diplocoques. Culture négative. Le malade ne prend plus aucune nourriture solide, en raison de son anoréxie, mais il n'a aucune dysphagie.

Mort, sans apparition de nouveaux symptômes, par affaiblissement progressif.

A l'autopsie, on trouve sur la paroi antérieure de l'œsophage, au niveau de la bifurcation bronchique, une tumeur maligne à bords durs surélevés, à fond ulcéré ouvert dans la bronche droite. La perforation ne semble pas récente. Aucun rétrécissement de l'œsophage. Quelques ganglions infiltrés. Adhérences pleurales au niveau du lobe inférieur droit. Petit ramollissement à demi-calcifié entre le péricarde et la plèvre. A la coupe, broncho-pneumonie déjà ancienne du lobe inférieur droit.

Noyaux de étaçtase dans le foie.

A l'examen histologique, on constate qu'il s'agit d'un carcinome.

OBSERVATION IV

(LÉVY-VALENSI, *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, 1910, p. 140.)

G... Marie, 60 ans. Rien à signaler dans les antécédents de la malade.

Le 24 janvier 1910, elle éprouve un violent point de côté, à droite, et entre à l'hôpital le 25. Elle accuse un violent point de côté à la partie antéro-inférieure de l'hémithorax droit. Elle a une toux pénible et quinteuse, une expectoration mousseuse.

Poumons. — Sonorité exagérée des deux côtés. Râles sibilants et ronflants bilatéraux. Aucune localisation.

Cœur. Bruits normaux. Pouls 80.

La langue est bonne, l'appétit conservé, et la malade n'accuse aucune gêne à la déglutition.

L'état reste stationnaire jusqu'au 11 février. Cependant, le

30 janvier et le 9 février, on trouve dans son crachoir un crachat rouillé.

Le diagnostic est très hésitant et on pense à une pneumonie centrale trainante.

Le 11 février, dans la matinée, la malade expectore un demi-crachoir de sang rouge rutilant. Elle est pâle. Son pouls est rapide et filiforme.

Dans la journée, elle se remonte un peu, mais, pour la première fois, elle accuse une gêne de la déglutition.

A 8 heures du soir, elle a une syncope et meurt.

Autopsie. — Volumineuses masses ganglionnaires occupant la région trachéo-bronchique gauche. Trachée, œsophage, aorte sont adhérents entre eux.

Après ouverture de l'aorte, on constate une double perforation au niveau de la partie moyenne de sa portion thoracique, à bords déchiquetés, communiquant avec l'œsophage. Celui-ci ouvert, on trouve une cavité communiquant avec l'aorte et formée par la paroi œsophagienne infiltrée par une tumeur bourgeonnante faisant complètement le tour du conduit œsophagien. Cette tumeur siège à environ 2 centimètres du cardia.

Au niveau des poumons, quelques rares noyaux néoplasiques du volume d'une noisette.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux atypique.

Par la lecture de ces cas et celle des autres observations publiées, il faut admettre que non seulement les symptômes œsophagiens peuvent manquer, mais encore que les symptômes pulmonaires ont une allure variable. Tantôt ils simulent une tuberculose avec sa fièvre, son expectoration, voire des hémoptysies ou un pneumothorax, tantôt l'emphysème avec des poussées bronchitiques, tantôt enfin une affection pulmonaire aiguë mal déterminée.

Devant la fréquence de ces cas à symptomatologie exclu-

sivement pulmonaire, on peut se demander quelle en est la raison. La chose est évidente lorsqu'on constate à l'autopsie une communication œsophago-trachéale qui livre passage à l'infection et détermine généralement une broncho-pneumonie. Mais l'interprétation est plus difficile lorsque les troubles pulmonaires sont constatés dès le début ou lorsque cette perforation fait défaut. Peut-être faut-il mettre en cause les pneumogastriques. Leur compression ou leur envahissement par la tumeur ou les ganglions provoquerait un certain degré de trouble circulatoire et de nutrition dans le poumon et favoriserait son infection. Enfin, il faut noter que, dans un cas seulement, on constate l'existence de petites métastases pulmonaires.

FORMES LARYNGÉES

Les rapports anatomiques normaux entre les récurrents et l'œsophage sont intimes, et leur atteinte au cours du cancer de l'œsophage est fréquente.

Cette lésion se manifeste le plus souvent au début par de la dysphonie, traduisant l'atteinte plus spéciale des filets dilatateurs. Plus tard, pourront survenir de brusques accès de dyspnée, allant jusqu'à la suffocation du cornage avec ou sans tirage.

Or, si les auteurs classiques notent la fréquence de l'apparition tardive de ces troubles laryngés, ils considèrent comme exceptionnelle leur venue avant la dysphagie. Il nous semble, au contraire, d'après les cas publiés plus récemment, que les troubles laryngés sans dysphagie sont assez fréquents. Leur interprétation, même avec l'aide de la radioscopie, peut être difficile comme le montre le cas que nous avons observé dans le service de notre maître CÆTTINGER.

OBSERVATION V

(Personnelle.)

L..., 49 ans entre dans le service du Dr CÆTTINGER le 6 décembre, parce qu'il tousse et maigrit. Aucun antécédent personnel, pas de syphilis. Il a commencé à tousser trois mois

avant son entrée. La toux survenait à n'importe quel moment de la journée, parfois au moment des repas.

A son entrée, on trouve un malade amaigri (il dit avoir perdu 6 kilos. Facies d'infecté. Sa voix est bitonale et il existe du cornage avec un peu de tirage. La déglutition n'est pas difficile, mais elle provoque une quinte de toux coqueluchoïde. L'auscultation des poumons fait constater des râles de bronchite diffuse et l'intégrité des sommets. L'expectoration est abondante (2 crachoirs par jour), muco-purulente. On note enfin de l'inégalité pupillaire, la droite étant rétrécie. La température oscille entre 38 et 38,5. L'examen laryngoscopique fait constater qu'il n'existe aucun obstacle au niveau de la glotte. Mais il y a paralysie de l'épiglotte et la corde vocale droite en position médiane ne bouge pas. A la radioscopie, on voit que le bismuth descend normalement sur tout le trajet œsophagien.

En présence de l'amaigrissement progressif, on essaye de nourrir le malade avec la sonde stomacale. Bientôt, on remarque que tout se passe normalement lorsque la sonde arrive jusqu'à l'estomac; mais, si l'extrémité de la sonde étant dans la partie moyenne de l'œsophage, on fait passer le liquide, il se produit immédiatement une quinte de toux.

Malgré les tentatives de gavage, le malade continue à maigrir. La température et l'expectoration persistent. Le malade se cachectise. Il meurt dans une syncope le 6 janvier.

A l'autopsie, on découvre une tumeur de la paroi antérieure de l'œsophage ayant respecté la paroi postérieure. Au niveau de la tumeur existait une ulcération faisant communiquer l'œsophage avec la bronche gauche. Les ganglions étaient hypertrophiés et indurés, formant avec la tumeur un bloc qui enserrait la trachée et le récurrent droit.

Ce cas nous a semblé intéressant à étudier, en raison surtout de l'erreur qu'a fait commettre la radioscopie. L'examen laryngoscopique, joint à l'amaigrissement du malade avaient fait poser le diagnostic de cancer de l'œsophage. Mais la

radioscopie, ayant montré que le cachet de bismuth descendait sans difficulté dans l'œsophage, le diagnostic devint hésitant. Si l'état général du malade l'avait permis, l'œsophagoscopie aurait tranché le diagnostic.

OBSERVATION VI

(BROUARDET, *in thèse* MUGNIER, Paris, 1898-99.)

T..., 60 ans, entre le 30 décembre 1880 dans le service du Dr BROUARDET. Habituellement très bien portant, il raconte que, depuis trois mois et demi, il a commencé à perdre ses forces, à maigrir et qu'il a eu plusieurs hémoptysies. Peu à peu la voix est devenue enrouée, rauque, il a éprouvé une gêne croissante de la respiration et s'est vu forcé d'interrompre son travail. Le 1^{er} janvier, on trouve un malade très amaigri. La voix est rauque, voilée. Dès qu'il essaye de parler, il est pris d'une toux quinteuse très pénible, qui amène l'expectoration de crachats épais, spumeux, de teinte rosée très particulière.

Le malade porte fréquemment la main à sa gorge et indique le larynx comme siège unique de son mal. Aucune gêne à la déglutition. On diagnostique un cancer du larynx.

Le 8 janvier, la situation du malade s'aggrave rapidement. Il est complètement aphone et présente du cornage violent avec un peu de tirage. La toux et l'expectoration persistent. L'auscultation des poumons est négative.

La trachéotomie est jugée inutile.

Peu à peu la face prend une teinte cyanotique et le malade succombe le 16 janvier à une asphyxie progressive.

A l'autopsie, le larynx paraît sain, mais la trachée, l'œsophage et les ganglions sont envahis par un cancer à forme végétante développé à la fois du côté trachéal et œsophagien. Les ganglions profonds latéro-œsophagiens sont envahis.

Histologiquement, c'est un épithélioma à cellules pavimen-

teuses développé primitivement aux dépens des glandes œsophagiennes.

OBSERVATION VII

(MOUISSET et MANGINI, *Lyon Méd.*, 1912, p. 844.)

Malade entré pour oppression avec orthopnée, cornage et sensation de constriction au niveau du cou. Dysphagie très légère et semblant inévitable, vu les signes laryngés. Pas de salivation. Radioscopie négative.

Puis, survient brusquement une paralysie récurrentielle persistante, d'où suffocation constante avec accès de suffocation effrayants.

La trachéoscopie montre des bourgeons situés très bas dans la trachée au-dessous du larynx.

A l'autopsie, on trouve un cancer de l'œsophage d'où partent deux bourgeons qui font saillie dans la trachée et obturent partiellement la lumière. Pas de perforation œsophago-trachéale, pas de sténose très marquée au niveau de l'œsophage.

Dans tous ces cas, il faut donc noter que, contrairement à ce que pensent les auteurs classiques, la dysphagie peut manquer. Quand elle existe, elle revêt un caractère spécial : le malade n'a pas à proprement parler de la difficulté à avaler, et il n'existe pas de rejet des aliments. Mais il est pris d'une quinte de toux, parfois suffocante. Le plus souvent on rattache cette toux à l'irritation laryngée, méconnaissant la communication œsophago-trachéale.

Pour expliquer cette absence de dysphagie, on peut penser qu'elle est liée à une forme anatomo-pathologique spéciale de la tumeur, comme nous nous proposons de le montrer dans un autre chapitre.

FORMES CACHECTIQUES

Si, dans la majorité des cas, on trouve des symptômes médiastinaux précédant plus ou moins la dysphagie il en est d'autres où le médiastin ne traduit par aucun signe ni son irritation ni son envahissement, mais où apparaît une métastase plus ou moins visible.

Parfois, cette métastase elle-même fait défaut. On constate un amaigrissement progressif qui fait soupçonner le cancer, mais l'examen clinique le plus complet ne permet pas de désigner l'organe atteint et jusqu'à la fin le diagnostic reste hésitant.

Nous avons cru intéressant de rapporter parmi de nombreux cas les observations suivantes assez typiques.

OBSERVATION VIII

(A. S. HYMAN, *N. York, Med. Journ.*, p. 759.)

Le 11 novembre 1918, HYMAN voit un homme de 58 ans, paraissant en bonne santé, mais qui présentait une tumeur de la région sus-claviculaire droite, à développement rapide, absolument indolore. La tumeur fut enlevée et l'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un cancer du type médullaire.

L'examen complet du malade avait été fait pour chercher le point de départ de cette adénopathie mais sans qu'on puisse découvrir le néoplasme originel. La radioscopie avait signalé un léger élargissement de l'ombre médiastine.

Revenu trois mois après, le malade avait encore au cou une petite plaie bourgeonnante.

Une semaine après le malade commença à se plaindre de la gorge. A partir de ce moment, son état s'aggrava rapidement. Il y eut des vomissements fréquents, sans dysphagie et huit jours après le malade mourut de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on découvrit un cancer de la partie inférieure de l'œsophage, s'étendant sur une hauteur de 7 centimètres jusqu'à 3 centimètres au-dessus du cardia. A l'ouverture du conduit, on aperçut se détachant des deux-tiers postéro-latéraux de la paroi œsophagienne une tumeur granuleuse. Il existait au-dessus et au-dessous du diaphragme une grosse infiltration péri-œsophagienne.

OBSERVATION IX

(DÉVÉ, *Rev. Méd. de Normandie*, 1907, p. 95.)

Un homme de 60 ans entre à l'Hospice général le 22 août 1902, dans le service du D^r HALIPRÉ, pour une bronchite durant depuis plusieurs semaines. Teint terreux, amaigrissement, odeur ozéneuse de l'haleine.

L'examen de la poitrine ne révéla pas grand' chose, un peu d'obscurité du murmure, avec quelques frottements à la partie moyenne du poumon gauche, sans aucune modification à la percussion. Pas de râles, pas de souffle.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

Le soir du 8 septembre, au moment où, après une journée tranquille, il s'asseyait dans son lit pour manger un potage, brusquement le malade est pris d'une hémoptysie véritablement foudroyante. Il meurt en quelques minutes, rendant le sang à flot par la bouche.

L'autopsie montre un cancer de l'œsophage qui était demeuré latent. La lésion néoplasique était circonscrite et relativement peu profonde. Elle s'était accompagnée d'une adé-

nopathie logée entre l'œsophage, la bronche gauche et l'aorte. Le ganglion cancéreux s'était ramolli et avait ulcéré successivement les trois organes successivement.

OBSERVATION X

BARIÉ in *Thèse* LEVOYER, Paris, 1879.)

H..., 58 ans, manoeuvre, entre à Saint-Louis pour une poussée eczémateuse durant depuis 15 jours. Le malade a, de plus, quelques troubles dyspeptiques, vomissement glaireux, pituites le matin, gonflement de l'abdomen après les repas, peu ou pas d'appétit. Le malade maigrit, se cachectise.

On pense à un néoplasme viscéral sans que l'examen en puisse préciser le siège.

Le 16 septembre, pour la première fois, le malade a vomi son lait. Vomissement le 17. Le 18, les vomissements n'ont pas reparu; le lait passe avec une certaine difficulté mais n'est pas rendu. Le 22, le malade meurt cachectique.

A l'autopsie, on trouve à 2 centimètres 55 au-dessus du cardia une masse néoplasique sur une hauteur de 4 centimètres, mais surtout marquée à droite, ce qui fait que le calibre de l'œsophage ne présente qu'un rétrécissement léger. Rien dans les autres viscères. Les ganglions sont peut-être un peu augmentés de volume.

OBSERVATION XI

(LABBÉ, *Bull. Soc. anat.* 1865, p. 83.)

E..., 61 ans, entre à l'hospice des incurables en 1860. C'est un homme de constitution vigoureuse, dans les antécédents duquel on ne retrouve que quatre attaques de paralysie, dont la dernière lui laissa seulement un embarras marqué de la parole.

Santé satisfaisante jusqu'au 24 janvier. A cette époque, il fut pris de frissons et de température. Il vomit, perdit l'appétit. A l'examen, on constata des symptômes de congestion fort vive du côté droit. La gêne respiratoire augmenta et le malade mourut sans avoir rien présenté de particulier.

A l'autopsie, on trouve un foyer ancien dans l'hémisphère gauche. On découvre à la partie moyenne de l'œsophage une tumeur ovalaire, adhérente à la trachée, à la bronche droite, à l'aorte, et faisant partie intégrante de l'œsophage. Les ganglions interbronchiques sont hypertrophiés et deux ou trois sont envahis par la dégénérescence néoplasique.

Ces formes cachectiques sont plus fréquentes qu'on ne le dit classiquement. De même que le cancer de l'estomac latent, trouvaille d'autopsie, n'est pas une rareté, de même les formes latentes du cancer de l'œsophage sont loin d'être un fait exceptionnel. A leur propos, nous insistons encore sur l'absence de dysphagie ou de tout autre symptôme œsophagien. Cela nous conduit à en chercher les raisons.

PATHOGÉNIE

A plusieurs reprises, nous avons insisté sur l'absence des symptômes œsophagiens. Il est donc intéressant de chercher si quelque modalité spéciale dans le siège de la tumeur, son étendue, sa forme anatomo-pathologique ne pourrait expliquer l'absence ou l'apparition très tardive de la dysphagie.

Peu de protocoles d'autopsie précisent la hauteur à laquelle siégeait la tumeur. Mais, par l'énumération des organes médiastinaux lésés, on peut localiser celle-ci approximativement, et il semble que, comme dans la forme classique, le tiers moyen soit le siège d'élection. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher l'explication de l'anomalie clinique.

L'étendue de la tumeur semble un fait intéressant à connaître. Dans les observations que nous avons rapportées, un seul cas de cancer en virole est signalé. Dans tous les autres, le cancer était localisé à une paroi de l'œsophage. L'infiltration était plus ou moins étendue en hauteur, tantôt sur 2 ou 3, tantôt sur 6 à 7.

Sans doute, dans les cas classiques avec dysphagie typique, on n'est pas toujours en présence d'une forme en virole, et il est possible que le spasme joue un certain rôle dans la production de la dysphagie.

Mais il est néanmoins intéressant de constater que, dans

presque toutes les formes frustes dont nous avons pu retrouver la description, il s'agissait de cancer limité à une paroi non circonférentielle.

Aussi, croyons-nous que, dans cette limitation de la tumeur, on peut trouver une explication de la latence de ces cas.

De plus, la tumeur siège ordinairement sur la paroi antérieure. Dès qu'elle se développera extérieurement, elle rencontrera la trachée, les pneumogastriques, les récurrents. Ainsi s'explique la fréquence de troubles pulmonaires et laryngés, par compression au début, par envahissement et destruction dans la suite.

La forme anatomo-pathologique a-t-elle une influence quelconque sur la symptomatologie. Trois formes macroscopiques ont été décrites : forme squirrheuse, forme végétante, forme ulcéreuse.

La forme squirrheuse dure est rapidement sténosante. Nous ne l'avons pas vue signalée dans les cas étudiés.

La forme bourgeonnante, à végétations molles, se détruisant facilement, n'est pas fréquente dans les formes qui nous occupent. Deux fois seulement, elle est signalée dans les observations que nous rapportons : dans les deux cas, les végétations envahissaient la trachée et avaient donné lieu à des symptômes laryngés précoces, mais sans dysphagie. Reste la forme ulcéreuse. C'est elle qui est décrite dans la majorité des comptes rendus d'autopsie. On comprend que cette tumeur molle, se détruisant facilement, puisse n'apporter qu'une gêne peu prononcée à la déglutition. De même, sa tendance très marquée à l'infiltration explique qu'elle gagne de bonne heure les organes voisins et, par cela même, donne

naissance à une sémiologie plus médiastine qu'œsophagienne.

Enfin, il ne faut pas oublier que tout cancer de l'œsophage s'accompagne d'adénopathie. L'importance de celle-ci est loin d'être parallèle à celle de la tumeur. Et il est possible que, dans certains cas, à une petite tumeur de l'œsophage, peu gênante fonctionnellement, corresponde une adénopathie volumineuse, qui s'attribue la plupart des manifestations cliniques.

En résumé, deux conditions nous semblent particulièrement importantes pour favoriser l'absence de signes cliniques œsophagiens. La limitation de la tumeur, d'une part, la forme ulcéreuse de celle-ci, d'autre part.

De l'étude de ces cas plus ou moins latents de cancer de l'œsophage semblent se dégager deux notions qui nous paraissent intéressantes.

Plusieurs fois, la dysphagie a été si peu marquée qu'elle ne s'est pas imposée à l'attention. Dans d'autres cas, elle a fait complètement défaut ou est survenue trop tardivement pour qu'un diagnostic utile ait pu être porté.

Certes, la dysphagie ne saurait en aucune façon être considérée comme un symptôme pathognomonique de cancer de l'œsophage, et, en dehors des autres causes de sténose œsophagienne, elle est un symptôme connu bien qu'exceptionnel dans l'adénopathie trachéo-bronchique, l'anévrysme de la crosse de l'aorte, les péricardites. Il n'en reste pas moins vrai qu'une dysphagie même légère ne doit pas être considérée comme un symptôme banal et doit imposer un examen de l'œsophage au moins par la radioscopie.

Lors même que la dysphagie manque complètement, on doit penser, surtout chez un homme de 40 à 60 ans, en pré-

sence de troubles d'un organe quelconque du médiastin, dont l'origine semble incertaine, en présence d'une métastase ganglionnaire ou viscérale, en présence d'un amaigrissement de cause inconnue.

Actuellement, l'habitude est bien prise de pratiquer systématiquement un toucher rectal chez un malade se plaignant d'hémorroïdes ou de troubles rectaux plus ou moins vagues. De même nous souhaitons que l'examen radioscopique soit pratiqué systématiquement dans tous les cas où, hors d'un diagnostic précis, un cancer de l'œsophage peut être à l'origine des accidents observés. Il faut pourtant se souvenir, que cet examen radioscopique peut n'être pas suffisant pour affirmer la présence ou l'absence du cancer et nous avons vu que, dans un de nos cas, elle avait induit en erreur. C'est donc seulement l'œsophagoscopie qui, dans les cas douteux, apportera une certitude.

CONCLUSIONS

I. — Il n'est pas exceptionnel de voir un cancer de l'œsophage évoluer complètement sans symptômes de sténose œsophagienne, c'est-à-dire surtout sans dysphagie.

II. — Dans ces cas, tantôt il peut se manifester par des troubles médiastinaux, tantôt passer complètement inaperçu.

III. — Deux conditions paraissent favoriser l'absence de la symptomatologie œsophagienne : le développement limité, non circonférentiel de la tumeur ; sa forme ulcéreuse.

IV. — La radioscopie, dans certains cas, peut induire en erreur et, seule l'œsophagoscopie est certaine.

V. — Il y a pourtant intérêt, étant donnés les succès obtenus parfois par le traitement radiumthérapique, à pratiquer systématiquement une radioscopie chez tout malade présentant la dysphagie la plus légère, lorsqu'elle est durable, ou des troubles médiastinaux à l'origine desquels on peut supposer un cancer de l'œsophage.

VU :

Le Président de thèse,
M. RÉNON.

VU :

Le Doyen,
M. ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BALIVET. — Cancer de l'œsophage et gangrène pulmonaire, *Lyon, Méd.* 1906, p. 635.
- CADE et REVOL. — Cancer de l'œsophage ouvert dans la trachée et simulant une affection pulmonaire. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1903, p. 456.
- COTTIN (Mlle) et SALOZ. — Forme laryngée du cancer de l'œsophage. *Arch. Mal. app. dig.*, 1916-17, p. 628.
- DEVE. — Cancer de l'œsophage latent. Rupture de l'aorte thoracique. *Rev. Méd. de Normandie*, 1907, p. 95, 102.
- DUFOUR. — *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, 1892, p. 254.
- GOUGEROT. — *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, 1905, p. 656.
- GUISEZ. — Traité des mal. œso.
- HOLDMOSER. — *Wien-Kien-Woch*, 1900, n° 44, p. 1010.
- HYMAN. — *New-York Med Journ.*, 1919, p. 759.
- LAMY. — *Arch. Mal. app. dig.*, août 1910.
- LÉVY-VALENSI. — Cancer latent de l'œsophage. Mort par ulcération de l'aorte. *Bull. et Mém. Soc. Anat.*
- LEVOYER. — Le cancer latent de l'œsophage. Thèse Paris 1879.
- G. MARCHAND. — Thèse de Paris 1880.
- MOUISSET et MANGINI. — Cancer de l'œsophage, avec bourgeon dans la trachée. *Lyon Méd.*, 1912, p. 944.
- MUNIER. — Thèse de Bordeaux, 1898-99.
- PRICE. — A case of cancer of the œsophagus communicating with trachea. *Lancet Lond.*, 1906, p. 1826.
- PRATT. — A case of cancer of the œsophagus of unusual type. *Lancet Lond.*, 1907, p. 423.

